

望みの門福祉学校 受講申込書 (2019年度版) 受付No

講座名	介護職員初任者研修コース
申込年月日	2019年 月 日
開催期	月開講のみ
氏名	(フリガナ)
	(男・女)
住所	〒 市
連絡先	(自宅電話) (FAX) (携帯電話)
生年月日	19 年(昭和 年) 月 日生 (歳)
略歴	最終学歴 _____(中学・高校・短大・専門学校・大学) 卒 職歴 ()
職業	1. 会社員 2. 学生(学校名 _____ 学年 年) 3. 主婦 4. アルバイト 5. 無職 6. その他 ()
介護経験	1. あり(家族の介護、 ボランティア、 介護職、 その他 ()) 2. なし
受講の動機	(※必ずご記入ください)
アンケート	この講習会のことを、どこでお知りになりましたか? ・房総ファミリア誌 ・アイデム誌 ・朝日新聞折込ちらし ・知人の紹介 ・その他 ()

<連絡先> 〒293-0023 富津市川名1436
 社会福祉法人ミッドナイトミッションのぞみ会
 「望みの門福祉学校」
 (電話) 0439-87-9381 (月～金 9時～17時)
 (FAX) 0439-87-1978